Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Kiel.
(Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. Siemerling.)

Über Presbyophrenie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Adolf Oswald
aus Mühlhausen in Thür.

Kiel 1919.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 88.
Rektoratsjahr 1918/19.

Referent:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Heine,**
z. Zt. Dekan.

Das normale Gehirn des Gesunden unterliegt im Alter der gleichen physiologischen Rückbildung wie die übrigen Organe des Körpers, und je älter das Individuum, desto stärker treten diese Rückbildungs- oder Aufbrauchserscheinungen hervor. Genaue experimentelle Untersuchungen von Rauschburg, Simchowitz u. a. haben die Bestätigung erbracht, daß die geistigen Fähigkeiten des gesunden Greises gegenüber Jugendlichen wesentlich herabgesetzt oder verlangsamt werden. Es ist daher bei Grenzfällen klinisch und anatomisch oft schwer zu entscheiden, ob sie noch als normal oder schon als krank anzusprechen sind.

Erfahren diese physiologischen Umwandlungen noch eine quantitative Steigerung, so pflegt man von Altersblödsinn, Dementia senilis zu sprechen und faßt unter dieser Bezeichnung alle die Krankheitsformen zusammen, bei denen die zunehmende geistige Schwäche das beherrschende Symptom ist.

Die Grundlage dieser geistigen Störung bilden nach Siemerling die infolge der Gefäßveränderungen hervorgerufenen Ernährungsstörungen, durch die eine Atrophie des Gehirns bewirkt werden kann.

Als unmittelbare Folgeerscheinung der geistigen Schwäche fällt zunächst eine deutliche Abnahme der Auffassungskraft und des Gedächtnisses auf. Die Vorgänge der Außenwelt kommen in ihrem feineren Zusammenhang den Kranken nicht mehr voll zum Bewußtsein, und die Gegenwart geht ohne

jeden tieferen Eindruck an ihnen vorüber. Es entwickelt sich infolgedessen eine Erinnerungsstörung für die kurz zurückliegende Vergangenheit, während frühere Erlebnisse noch leidlich gegenwärtig sind und oft in auffallender Lebhaftigkeit in den Reden immer wiederkehren. In weiterer Folge kommt es zu schweren Störungen der Orientierung über Ort, Zeit und Personen. Zuweilen werden die Erinnerungslücken durch Konfabulationen ausgefüllt.

Wird auch das selbständige Urteilen in Mitleidenschaft gezogen, so werden die Kranken leicht beeinflußbar und leichtgläubig, auf deren Grundlage sich sonderbare Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen ausbilden können.

Das Gemütsleben der Kranken wird ebenfalls ungünstig beeinflußt, es kommt zu Depressions- und Erregungszuständen, die mit denen beim Delirium große Ähnlichkeit aufweisen.

Meist sind die Dementen von einer heiteren, euphorischen Stimmung und zeigen eine gewisse Geschwätzigkeit, zuweilen sind sie auch mißtrauisch, verdrossen und bösartig.

Oft werden sie unordentlich und unsauber. Forensisch bemerkenswert ist auch ein nicht seltenes Wiedererwachen des Geschlechtstriebes, der zu sexuellen Exzessen führen kann.

In ihrem weiteren Verlauf geht die senile Demenz in völlige Verblödung aus.

Körperlich kommt der senile Habitus in welker Haut, schlaffer Muskulatur, gebeugter Haltung, ergrauten Haaren, Nachlassen der Sinnesorgane zum Ausdruck. Der Gang wird trippelnd und unbeholfen; die Pupillen sind meist verengt und reagieren schlecht, das Hörvermögen kann bis zur Taubheit herabgesetzt werden. Die Sehnenreflexe sind meist lebhaft gesteigert, die Hautreflexe abgeschwächt und oft garnicht mehr auszulösen.

Bei den an Altersblödsinn Erkrankten fällt eine Reihe von Fällen auf, die sich durch das starke Hervortreten einzelner Symptome zu einem geschlossenen Krankheitsbild zu-

sammenfassen lassen, das man mit dem Namen Presbyophrenie bezeichnet hat.

Es stehen bei dieser Krankheitsform gegenüber der einfachen senilen Demenz im Vordergrund schwere Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, die eine weitgehende Desorientierung besonders der zeitlichen Verhältnisse und unbegreifliche Erinnerungslücken verbunden mit lebhafter Konfabulation zur Folge haben.

Die geistige Regsamkeit, der äußerlich korrekte und geordnete Gedankenablauf und die bis zu einem gewissen Grade erhaltene Urteilsfähigkeit, auch der Mangel ethischer Defekte, stehen in einem auffallenden Gegensatz zu diesen schweren Schädigungen.

Wie die genannten Störungen sich im einzelnen verhalten, soll unter Zugrundelegung eines Falles von Presbyophrenie, der in der Kieler Psychiatrischen Klinik behandelt wurde, klargelegt werden.

Es kam zur Beobachtung eine 66 Jahre alte Frau, die mit freundlichem Gesicht ohne Widerstreben auf Befragen antwortete und ziemlich lebhaft mit kurzen Schritten auf und ab ging. Die Krankheit dauert angeblich schon mehrere Jahre und wird von der Kranken selbst auf einen früheren Schlaganfall zurückgeführt. Eine Schwester ist im Irrenhaus gestorben.

Die nach der Vorgeschichte befragte Schwiegertochter vermag über die Art des Schlaganfalls nichts auszusagen und bestreitet das Vorliegen von Trunksucht und Infektion. Die Patientin war 2 mal verheiratet und hatte aus diesen beiden Ehen 7 Kinder, von denen einige gestorben, die übrigen gesund waren. In den letzten Tagen hat sie sich angeblich allerhand sinnloses Zeug in den Kopf gesetzt. Sie sieht Gespenster, verriegelt Fenster und Türen, kennt ihre Umgebung nicht mehr und sieht dauernd ihren Mann, der schon lange gestorben ist, spricht auch mit ihm. Einmal lief sie in Unterrock und Nachtjacke weg, um Verwandte zu besuchen.

Sie ging auch auf den Markt, kaufte dort richtig ein, sah dann aber plötzlich in ihrer Geldtasche 4 Mk., während nur 30 Pfg. in ihr enthalten waren. Von Monat zu Monat zog sie um, bezog auch dieselbe Wohnung, in der sie schon früher gewohnt hatte, ohne es zu bemerken. Zuweilen ist sie sehr vergeßlich und kann nichts Vernünftiges mehr anfangen. Nachts wird größere Unruhe behauptet. Der Zustand soll sich von Tag zu Tag verschlechtert haben.

Die Kranke selbst zeigt, abgesehen von dem ihrem Alter entsprechenden Habitus, keinen auffälligen somatischen Befund.

Die Temperatur ist etwas erhöht, der Ernährungszustand stark reduziert, die Muskulatur schlaff. Der Schädel ist sowohl auf Druck wie auf Beklopfen unempfindlich. Die Pupillen sind untermittelweit, beiderseits gleich, die Reaktion auf Lichteinfall gering, die auf Konvergenz besser. Die Augenbewegungen sind frei.

Die übrigen Hirnnerven zeigen keine Störungen. Die Zunge ist etwas belegt. Die Sprache ist artikulatorisch nicht gestört, nicht verwaschen und nicht hesitierend. Worte werden schlecht wiederholt.

Beim Ausziehen lehnt sich die Kranke stark hintenüber, behauptet dabei, gerade zu sitzen, sagt dann aber wieder, das Kreuz täte ihr weh, setzt sich schließlich auf Aufforderung gerade hin. Sie benimmt sich beim Ausziehen des Hemdes recht ungeschickt, aber eigentliche Unsicherheiten der Bewegungen bestehen nicht, auch kein Tremor; die Bewegungen selbst werden schnell ausgeführt. Zuerst im linken, dann im rechten Arm zunehmende Spasmen, die sich nach einiger Zeit lösen. Die Reflexe der oberen Extremität sind vorhanden, die motorische Muskelerregbarkeit ist ziemlich lebhaft. Das Kniephänomen erscheint links vielleicht etwas lebhafter als rechts. Es besteht kein Klonus. Die Bauchdeckenreflexe sind nicht auszulösen; die übrigen Reflexe verhalten sich nicht abweichend.

Bei Nebeneinanderstellen der Füße fängt die Kranke nach rückwärts zu taumeln an, geht dann breitbeinig stampfend mit kurzen Schritten, oft mit weit nach hinten gebeugtem Oberkörper. Die Krümmung des linken Beines allein macht zunächst Schwierigkeiten, die des rechten erfolgt sofort ohne Hemmung. Sie vermag sich ohne Hilfe aus dem Liegen aufzurichten, sinkt aber wieder zurück. Im übrigen kann sie alle Bewegungen frei ausführen und auch einen gewissen Widerstand dabei überwinden.

Die Lokalisation der Berührungen erfolgt in groben Umrissen, spitz und stumpf werden unterschieden. Auch Schmerzempfindung ist nicht deutlich herabgesetzt. Der Aufforderung, das linke Bein ebenso zu stellen wie das rechte, vermag die Patientin nicht genau nachzukommen, wenn dabei auch keine grobe Differenz auftritt. Bei Prüfung des Lagesinns durch passive Bewegungen in den Zehengelenken kommen gröbere Verkehrtheiten vor. Bei Kniehackenversuch sucht sie namentlich mit der rechten Hacke etwas unsicher umher.

Es besteht leichte Rigidität der Arterien, der Puls ist regelmäßig, beschleunigt. Die Herztöne sind rein und dumpf. Über der Lunge hört man diffuses Giemen, es besteht stärkeres Emphysem. Leib ist etwas aufgetrieben, sonst ohne Besonderheiten.

Das Sprachverständnis sowie die Sprechfähigkeit sind nicht gestört.

Um so auffallender gegenüber diesen geringen somatischen Schädigungen sind die Störungen der psychischen Persönlichkeit.

Die Kranke ist zwar noch ziemlich regsam, beantwortet Fragen ohne Zögern, buchstabiert ihren Namen richtig und widerspricht sofort, wenn man ihn falsch nennt, vermag auch ihr Alter meist noch richtig anzugeben, wird aber schon bei der Frage nach dem Datum ihrer Geburt unsicher und versagt bei Nennung des Jahres vollständig. Bei späterem Befragen meinte sie oft, sie wäre 28 Jahre alt, sagt dann im nächsten Augenblick wieder, sie wäre 68. Über die Zahl

und das Alter ihrer Kinder macht sie ganz unverständliche und widersprechende Angaben.

Sie vermag noch richtig anzugeben, daß sie sich in einem Krankenhaus befindet, ohne dieses aber als Irrenhaus zu erkennen und führt als Grund ihres Hierseins die Krankheit ihrer Kinder an, um aber schon im nächsten Augenblick zu behaupten, ihre Kinder wären nicht krank.

Die Orientierung für die Umgebung ist bei dieser Kranken nicht so auffallend gestört wie bei anderen, die den Krankensaal als Kuhstall, den Arzt als Schreiber, dann wieder als Schuster ansprachen.

Auf nochmaliges Fragen, welches Jahr man jetzt schreibe, sucht sie ihren groben Erinnerungsdefekt durch Ausflüchte zu verdecken, wie „ich habe zu viel Sorgen, das kann ich nicht mehr wissen", um dann doch schließlich das Jahr „ich glaube 18 . . . 06" zu nennen.

Über die Zeit, wann ihr Mann gestorben ist, scheint sie vollständig im unklaren zu sein.

Während sie zu Beginn der Untersuchung noch behauptet hatte, sie hätte heute morgen noch ihren Hausstand versorgt und gekocht, sagt sie jetzt, daß sie Reißen im Arme hätte und infolgedessen nicht gearbeitet hätte.

Den Arzt will sie schon früher gekannt haben, er soll sogar schon in ihrem Hause gewesen sein, weiß dann aber auf Befragen nicht, wo ihr Haus liegt. Die Einwohnerzahl Kiels schätzt sie auf etwa 1000.

Ihre Kenntnisse sind recht gering; das eingelernte Rechnen, das kleine Einmaleins ist noch teilweise gegenwärtig, versagt aber schon bei Aufgaben wie 6×12 . . . „$= 84$", die Aufgaben $11+15$, $7+8$ kann sie schon nicht mehr lösen. Die Frage $8-2$ beantwortet sie nur noch mit „ja, ja", vermag aber die Frage selbst dann richtig zu wiederholen.

Das Urteil über ihr von früher noch zur Verfügung stehende Begriffe ist noch leidlich erhalten. „Ist der Schnee

grün?“, „Können Pferde bellen?“, Können Fische fliegen?“ stellt sie ohne Zögern richtig.

Fünfstellige Zahlen vermag sie richtig zu wiederholen, macht aber schon bei sechsstelligen Fehler oder verstummt ganz.

Im weiteren Verlauf der Krankheit zeigt sich eine immer deutlichere Abnahme der Merkfähigkeit. Die unbewußte Sucht, ihre Merkdefekte zu verdecken, führt zu einer immer stärkeren Kombination alter Erinnerungsbilder, Konfabulation; sie berichtet, sie wäre auf dem Markte gewesen und hätte eingekauft, hätte auch dort den Arzt mit einem langen weißen Hemd stehen sehen. Sie zählt dann eine ganze Reihe Sachen auf, die sie gekauft haben will, sagt aber kurz darauf, sie habe nichts gekauft.

Die Orientierung wird immer schlechter, sie hält sich selbst für 70 Jahre, sofort darauf für 28 Jahre alt, meint schon mehrere Jahre in der Anstalt zu sein und seit Wochen im Bett zu liegen, behauptet, ihr jüngstes Kind wäre $2^1/_2$ Jahre alt. Sie beantwortet alle Fragen noch ziemlich lebhaft und geordnet, und es gibt mitunter Zeiten, wo sie früher ausgesprochene Behauptungen mit Entrüstung zurückweist. Ihre Stimmung ist meist euphorisch, sie gefällt sich in weitschweifigen Erzählungen, lacht dann plötzlich auf und macht unsinnige Bemerkungen: „Sehen Sie mal, wie grün es ist am Fenster“ oder: „Linde, tu' die Augen auf, Heiraten ist kein Pferdekauf“. Dann treten mal wieder einzelne Wahnvorstellungen, die sich besonders bei der nächtlichen Unruhe steigern, deutlicher hervor. Sie schimpft, daß man ihr in ihrer Wohnung die Kleider gestohlen hätte, sie verkauft hätte, daß sie zu wenig zu essen bekäme, ist dabei aber noch leicht lenkbar und neigt nie zu Bösartigkeit.

Selbst teilnehmendes Wesen für ihre Umgebung zeigt sie manchmal, sie spricht bedauernd von den Patientinnen, die mit ihr zusammenliegen, „sie müßte doch wohl schwer krank sein“ und sucht eine an Chorea Erkrankte durch Zu-

spruch zu beruhigen: „Kind, sei doch vernünftig.“ Dabei ist sie selbst sich ihrer Krankheit wenig oder garnicht bewußt.

Sie neigt oft zu Unsauberkeit.

Eine Reihe der oben für Presbyophrenie erwähnten Eigentümlichkeiten kommen bei dieser Kranken in vollem Maße zur Geltung.

Auch bei 3 andern zur Beobachtung gekommenen Fällen von Presbyophrenie treten diese Erscheinungen geistiger Störung mehr oder wenig deutlich ausgeprägt in den Vordergrund.

Die bis zu einem gewissen Grade erhaltene geistige Regsamkeit, der geordnete Gedankenablauf, selbst eine noch vorhandene, wenn auch geringe, Urteilsfähigkeit bei fast völliger Verwirrung der örtlichen und noch mehr der zeitlichen Orientierung bilden das gemeinsame Merkmal aller dieser Krankheitsfälle. Nur die einzelnen Symptome erfahren eine verschieden deutliche Ausprägung, die aber nicht dem Wesen, sondern nur dem Grad nach unterschieden werden können.

Bei einer Kranken imponierte die viel mehr entwickelte Wahnbildung. Sie sprach viel von einer Erbschaft, die sie gemacht haben wollte und erzählte von Verwandten, die noch am Leben waren, sie seien gestorben. Sie zeigte sich von Anfang an viel mißtrauischer, ging nachts mit brennender Lampe im Hause herum, aus Angst, bestohlen zu werden, behauptete auch, daß man ihr das Geld schon weggenommen habe, will auch den Dieb gekannt haben, bildete sich weiter ein, man wolle ihr Haus anstecken und hatte angeblich viele rote Streichhölzer gefunden, die ihr nicht gehörten und die sie weggeworfen hätte. Sie kramte umher, nahm alles auseinander, behauptete, ihr Zimmer müßte ausgeräuchert werden, da sich jemand in ihrem Bette befände, holte auch einmal einen Schutzmann und ließ eine Haussuchung machen.

Nachts zeigte sie unter dem Einfluß massenhafter Halluzinationen ein außerordentlich erregtes Wesen, schrie, sprang aus dem Bett und versuchte, die Scheiben einzuschlagen.

Im übrigen war sie dement-euphorischer Stimmung, hielt sich für klüger als andere und machte gern witzelnde Bemerkungen, die meist albern und ohne rechte Pointe, bisweilen auch noch ziemlich schlagfertig waren.

Eine andere hatte lebhafte Sinnestäuschungen, sie glaubte Ratten zu sehen, die sie ganz genau beschrieb, auch angeblich welche tötete. Packte alle Sachen auf ihr Bett, damit die Ratten nicht daran könnten, riß ein Ofenrohr aus der Wand, um nach Ratten zu suchen. Sah dann plötzlich wieder Kinder in ihrem Zimmer, die ihr alles kaputt machten, klagte über Schmerzen im Arm, die daher kämen, daß Jungen in ihrem Bett lägen, die ihr keinen Platz gemacht und sie gestoßen hätten. Eine früher bestandene Sparsamkeit hatte sich bei der Kranken zu ausgesprochener Sammelwut entwickelt.

Diese Wahnideen und Sinnestäuschungen kehrten in den Gesprächen oft wieder und beherrschten zeitweise das gesamte Krankheitsbild.

Bei einem 4. Falle trat mehr in den Vordergrund die Ausbildung eines Dämmerzustandes. Der 78jährige Kranke glaubte sich noch in frühere Zeiten versetzt, von denen er dauernd erzählte, lief fort und kehrte erst nach mehreren Tagen zurück, wurde zuweilen auch von der Polizei zurückgebracht. Dann saß er wieder ganz still zu Hause, machte einen äußerlich geordneten Eindruck, lief aber plötzlich wieder fort, ohne zu wissen, wohin er ging und irrte umher, blieb einige Tage fort und wurde schließlich zurückgebracht, nachdem er sich in einem Dorfe auf offener Straße ausgezogen hatte.

Der Kranke soll früher immer fleißig gearbeitet und für die Familie gesorgt haben, soll aber schon lange leicht erregbar gewesen sein und sich über alles geärgert haben. Von Krämpfen, Schwindel, Ohnmachten und Eifersuchtsideen soll niemals etwas bemerkt worden sein, dagegen soll der Patient stets etwas — wieviel konnte nicht festgestellt werden — getrunken haben. Im Rausch hat er dann oft geschimpft, aber niemals geschlagen.

Während seiner Anstaltsbeobachtung zeigte er dann dieselben Symptome wie die andern an Presbyophrenie Erkrankten, nur daß bei ihm die nächtliche deliröse Unruhe noch schärfer in Erscheinung trat.

Somatisch war bemerkenswert ein starker, grobschlägiger Tremor digitorum, sowie eine ausgesprochene Rigidität der Arterien.

Wieweit bei diesen halluzinatorischen und delirösen Formen überhaupt ein Einfluß des Alkohols in Frage kommt, ist oft schwer zu entscheiden, nach Kraepelin ist er wohl meist im Spiele.

Trotzdem traten auch bei diesen Fällen die bei Beschreibung der Presbyophrenie geschilderten Eigentümlichkeiten der psychischen Störungen so sehr in den Vordergrund, daß man auch sie in die als Presbyophrenie bezeichneten Formen einreihen kann.

Es ist lange für und wider gestritten worden, ob die Presbyophrenie als eine selbständige Krankheitsform gelten könne, oder aber ob sie nur als eine Variation, eine besonders scharf umgrenzte Zustandsform der Dementia senilis anzusehen sei.

Wernicke bezeichnet die akute Form der Korsakowschen Psychose, die er Presbyophrenie nennt, als eine spezifische Krankheit des Greisenalters, die nach ihm in einer akuten, deliranten Form und in einer chronischen Form auftritt.

Demgegenüber betont aber Siemerling, daß dieser Korsakowsche Symptomenkomplex keineswegs nur bei dementen Greisen vorkommt, sondern auch schon in früheren Lebensjahren auf dem Boden des Alkoholismus.

Die an Presbyophrenie Erkrankten sind nach Spielmeyer im allgemeinen älter als die Korsakow-Kranken und es fehlt bei ihnen das für die Korsakow-Psychose charakteristische ätiologische Moment des Alkoholismus mit den neuritischen Begleiterscheinungen.

Allerdings teilen Arsimoles und Legrand einen sicheren Fall von Presbyophrenie mit, der mit Polyneuritis kombiniert gewesen sein soll. Wenn die Presbyophrenie in Verbindung mit Alkoholismus auftritt, kann die Differentialdiagnose natürlich auf große Schwierigkeiten stoßen.

Spielmeyer behauptet ferner, daß sich die Presbyophrenie durch eine größere Kritiklosigkeit in der Beurteilung deutlicher Widersprüche auszeichne.

Nachtsüber sollen die an Presbyophrenie Erkrankten zu größerer Unruhe neigen, die sich bis zum Delirium steigern kann, tagsüber aber ein viel lebhafteres Wesen und eine gehobenere Stimmung zur Schau tragen, als man bei den Korsakow-Kranken beobachtet.

Auch auf histologischer Grundlage hat man versucht, die Presbyophrenie als eigentümliche Krankheitsform abzugrenzen.

Fischer fand unter 110 Hirnen, die er untersuchte, bei 42 Veränderungen, die er für typisch presbyophrenisch ansprach, und bei weiteren 14 Veränderungen, die nach seiner Meinung presbyophrene Züge zeigen sollten. Er glaubte durch Nachweis von sogenannten Plaques die Ätiologie der Presbyophrenie sichergestellt zu haben, da sich derartige Eigentümlichkeiten weder bei der einfachen senilen Demenz, noch bei anderen Formen psychischer Störungen zeigten.

Auch A. Ziveri will bei einer histologischen Untersuchung eines an Presbyophrenie erkrankten Gehirnes im Ammonshorn und in den Stirnwindungen viele solcher Plaques gefunden haben.

Durch zahlreiche Nachuntersuchungen, u. a. von Hübner und Oppenheim, wurde jedoch festgestellt, daß sich solche angeblich presbyophrenen Veränderungen auch bei anderen Krankheitsbildern, ja sogar bei Gesunden nachweisen ließen.

Kraepelin, Siemerling, Gaupp und andere Sachverständige sehen in der Presbyophrenie keine eigenartige

Erkrankung, sondern bezeichnen sie als eine Episode, eine Zustandsform im Verlauf seniler geistiger Störungen, da einerseits bei der einfachen senilen Demenz zu Zeiten ähnliche Bilder auftreten können, anderseits die Presbyophrenie bei weiterem Fortschritt in den einfachen Altersblödsinn übergehen kann.

Eine gewisse Ähnlichkeit mit der Presbyophrenie weist auch eine neuerdings öfter genannte und als Alzheimersche Krankheit bezeichnete Form der senilen Demenz auf, die sich aber durch eine allgemeine Abnahme der Intelligenz, durch Sprachstörungen wie Paraphasie und Logoklonie und epileptiforme Anfälle kennzeichnet. Außerdem tritt sie schon in dem fünften bis sechsten Jahrzehnt auf, so daß sie Siemerling geradezu als präsenile Demenz anspricht. Nach Kräpelin stellt sie die langsame Entwicklung eines schwersten geistigen Verfalls mit den Erscheinungen organischer Hirnerkrankungen dar, die in völlige Verblödung übergeht.

Auch bei der arteriosklerotischen Demenz zeigen die geistigen Störungen ein ähnliches Bild wie bei der Presbyophrenie. Die mehr partielle Art der geistigen Schwäche, das Zwangsweinen, das ausgesprochene Krankheitsgefühl mit meist erhaltener Krankheitseinsicht werden hier neben den somatischen Erscheinungen wie Lähmungen differentialdiagnostisch den Ausschlag geben.

Die Prognose der Presbyophrenie richtet sich nach den Formen ihres Auftretens. Die chronische Form wird als unheilbar angesehen und zeigt als Endstadium immer die Erscheinungen der einfachen senilen Demenz. Die akut einsetzende oder delirante Form der Presbyophrenie, bei der sich nächtliche Bewegungsunruhe, Halluzinationen und Schlaflosigkeit zeigen, soll, wie Wernicke und Siemerling behaupten, im Verlauf von mehreren Wochen zur Heilung kommen können, aber auch unmerklich in die chronische

Form oder in die einfache senile Demenz übergehen; bisweilen soll das Krankheitsbild, wie Kraepelin betont, mehrere Jahre unverändert fortbestehen.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, für die Überlassung der Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Binswanger u. Siemerling: Psychiatrie. — Wollenberg: Geistesstörungen im Senium.
2. Kraepelin: Psychiatrie.
3. Schwalbe: Greisenkrankheiten. — Siemerling: Geistes- u. Nervenkrankheiten.
4. Aschaffenburg: Handbuch der Psychiatrie. — Spielmeyer: Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters.
5. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Trüb: Über Aufmerksamkeit und Auffassungsfähigkeit bei Gesunden und Kranken.
6. Räcke: Psychiatrische Diagnostik. 4. Auflage.
7. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Krüger: Psychisches Werden und Vergehen.
8. Neurologisches Zentralblatt. Ziveri: Su di un caso di demenza presbyophrenica. (Bericht.)
9. Arsimoles et Legrand: Étude clinique d'un cas de presbyophrénie de Wernicke avec polynérite. (Bericht.) — Fischer: Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz.

Lebenslauf.

Am 25. III. 1890 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. med. Gottfried Oswald in Gudensberg (Bez. Cassel) geboren und besuchte das Gymnasium in Mühlhausen i. Thür. und Gotha, wo ich im Sept. 1909 die Reifeprüfung bestand. Dann bezog ich die Universität Marburg a. L., um Medizin zu studieren. Nach dort bestandenem medizinischen Vorexamen hörte ich klinische Vorlesungen in München und Kiel. Im August 1914 bestand ich hier das medizinische Staatsexamen und trat dann als Kriegsfreiwilliger in den Heeresdienst.